

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)**

Név..... (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**1. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

1.1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

1.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

1.3. Prognózis (várható állapotváltozás):

1.4. Ápolási-gondozási igények:

1.5. Speciális diétára szorul-e:

1.6. Szenvedélybetegségben szenved-e:

1.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

1.8. Fogyatékoság (típusa, mértéke):

1.9. Demencia:

1.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*

2. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez<sup>1</sup>

**ELŐGONDOZÁSI ADATLAP**

1. Felvétel helye, ideje:
2. Az ellátást igénybe vevő adatai:
  - a) név:
  - b) lakcím:
  - c) családi helyzete:
  - d) családi állapota:
  - e) iskolai végzettsége<sup>2</sup>:
  - f) foglalkozása<sup>3</sup>:
3. Lakáskörülményre vonatkozó adatok:
  - a) lakás tulajdoni jellege<sup>4</sup>:
  - b) lakókörnyezet minősége:
  - c) lakás állapota:
4. Családi körülményekre vonatkozó adatok:
  - a) legközelebbi hozzátartozói (elérhetőség, cím, telefonszám):
  - b) közös háztartásban élő gondoskodásra szoruló hozzátartozó<sup>5</sup>:
5. Szociális helyzetére vonatkozó adatok:

Részesült-e az igénybevételt megelőző 6 hónapon belül egyéb ellátásban?  
Ha igen, a megfelelő aláhúzendő:

  - a) nappali ellátásban,
  - b) étkeztetésben,
  - c) házi segítségnyújtásban,
  - d) jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban,
  - e) otthonápolásban,
  - f) támogató szolgáltatásban,
  - g) családsegítésben,
  - h) pszichiátriai betegek közösségi ellátásában,
  - i) szenvedélybetegek közösségi ellátásában,
  - j) pénzübeli vagy természetbeni szociális ellátásban,
  - k) átmeneti otthoni elhelyezésben.
6. Egészségi állapotára vonatkozó gondozói vélemény:
  - a) mozgásképesség:
  - b) érzelmi állapot:
  - c) segédeszköz használata:
  - d) szenzoros funkciók (hallás, látás, szaglás, ízézés):
  - e) magatartás, kommunikációs készség:
7. Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e?
  - a) ha igen, gondnok neve, címe:
  - b)<sup>6</sup> a gondnokság típusa :
8. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló rendeletben előírt kapcsolatfelvétel ideje, módja<sup>7</sup>:
  - a) a szociális ellátást biztosító személlyel, intézménnyel:
  - b) települési önkormányzattal:
  - c) háziorvossal, kezelőorvossal:
  - d) gyámhivatallal:

1 Megállapította: 25/2013. (III. 29.) EMMI rendelet 9. §, 1. melléklet. Hatályos: 2013. IV. 1-től.

2 nem kötelező kitölteni

3 nem kötelező kitölteni

4 nem kötelező kitölteni

5 nem kötelező kitölteni

6 Módosította: 19/2014. (III. 13.) EMMI rendelet 41. § b).

7 nem kötelező kitölteni

- e) törvényes képviselővel, hozzátartozóval:  
9. Az elhelyezéssel kapcsolatos adatok:  
a) a beköltözéséhez segítség szükséges-e (ha igen, milyen típusú):  
b) milyen tárgyakat kíván magával vinni beköltözéskor:  
c) az igénybe vevőnek a beköltözés időpontjára vonatkozó nyilatkozata:  
d) a beköltözéssel kapcsolatos egyéb megjegyzés:  
e) milyen segítségnyújtást igényel az intézményben:  
f) elhelyezéssel kapcsolatos kérése:  
g) életvitele, jellemző szokásai <sup>1</sup>:  
h) szabadidő eltöltésének módja <sup>2</sup>:  
i) kapcsolatteremtő képessége:  
j) látogatók várható száma, látogatás gyakorisága:  
k) saját ruházattal rendelkezik-e:  
l) esetleges eltávozásra vonatkozó igénye:  
m) hitéleti tevékenység gyakorlására vonatkozó igény <sup>3</sup>:  
n) az elhelyezéssel kapcsolatos egyéb megjegyzés:  
10. Az előgondozást végző személy összegző véleménye:  
a) az elhelyezés sürgősségére vonatkozó indok:  
b) javasolható-e az intézményi felvétel:  
amennyiben nem, ennek oka:  
c) más szolgáltatás, ellátás kezdeményezése:  
ennek oka:  
11. Egyéb megjegyzések az igénybe vevővel kapcsolatban:

Az előgondozást végző személy neve, aláírása

3. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez<sup>4</sup>

### **SZAKÁPOLÁSI SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁSA**

Szolgáltató OEP kódja: Elrendelő lap sorszáma:  
Szakápolást végző  
intézmény neve:  
címe:  
Beteg neve:  
lakóhelye:  
telefonszáma:  
Társadalombiztosítási azonosító jele:  
születési adatai: év hó nap

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10.)  
Kórházi kezelés időtartama: tól ig  
Szakápolás elrendelésének dátuma:  
A beteg szakápolásba vételének dátuma:  
A vezető ápoló szakmai javaslata, a további szakápolási tevékenység:  
indokolt nem indokolt

Felülvizsgálat esetén az első szakápolásba vétel dátuma:  
Felülvizsgálat alapján szakápolás időtartama: hónap  
Alapbetegség (BNO-10.):  
Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.):

1 nem kötelező kitölteni

2 nem kötelező kitölteni

3 nem kötelező kitölteni

4 Megállapította: 7/2018. (II. 5.) EMMI rendelet 3. §, 1. melléklet. Hatályos: 2018. II. 6-tól.